

## Dolor en hipocondrio derecho como manifestación de rotura contenida de quiste hidatídico hepático: abordaje terapéutico



### Right hypochondrial pain as a manifestation of a ruptured hepatic hydatid cyst: Therapeutic approach

#### Introducción

La hidatidosis es una zoonosis producida por *Echinococcus*.

Este parásito reside en el intestino de los perros. El ser humano actúa como hospedador intermedio. En su intestino los huevos liberan las oncosferas, atraviesan la mucosa intestinal y, a través de la circulación portal llegan al hígado, afectándose en el 75% de los casos<sup>1</sup>. Muchos de estos quistes hepáticos mantienen un estado de equilibrio agente/hospedador, permaneciendo el paciente asintomático, y se detectan de forma incidental en pruebas de imagen<sup>2</sup>.

#### Caso clínico

Mujer de 68 años, que trabajó de ganadera en área rural de Salamanca, consulta por dolor en hipocondrio derecho de 15 días de evolución. No presentaba ictericia ni coluria, fiebre, erupciones cutáneas, prurito ni otra sintomatología relevante. En la analítica realizada destacaba bilirrubina total 1,40 mg/dL, GPT 138 UI/L y PCR 101 mg/mL con procalcitonina normal, sin detectarse leucocitosis, eosinofilia ni coagulopatía. El tac abdominopélvico descubrió una gran lesión quística multiloculada que ocupaba los segmentos hepáticos VI, VII y VIII con unos diámetros máximos de 10 × 8 cm, con pequeñas loculaciones en la periferia que podrían indicar rotura contenida de quiste hidatídico (fig. 1). Inmediatamente se inició tratamiento con albendazol vía oral a dosis de 15 mg/kg/día y fue valorada por el equipo de cirugía, decidiéndose cirugía programada preferente.

En la intervención quirúrgica se objetivó el quiste hidatídico con pared calcificada, englobando en su cara interoposterior el pedículo portal derecho y la vena suprahepática derecha, confirmándose mediante ecografía intraoperatoria. Con intención de erradicar el equinococo, se instiló suero salino hiperosmolar, aspirando el contenido del quiste para evitar hiperpresión, repitiendo este procedimiento en varias ocasiones hasta comprobar la ausencia de vesículas. El contacto con los grandes vasos aumenta la complejidad quirúrgica, por lo que en lugar de quistoperiquistectomía (tratamiento radical) se decidió realizar destechamiento y resección de la cara anterior del quiste (correspondiente a los segmentos hepáticos V, VI, VII y VIII), dejando la cara interna del mismo que contactaba con los grandes vasos.

En el postoperatorio inmediato, ante débito biliar en drenaje, se sospechó fistula biliar. Se realizó CPRE, detectándose fuga biliar a nivel del hígado derecho (superficie

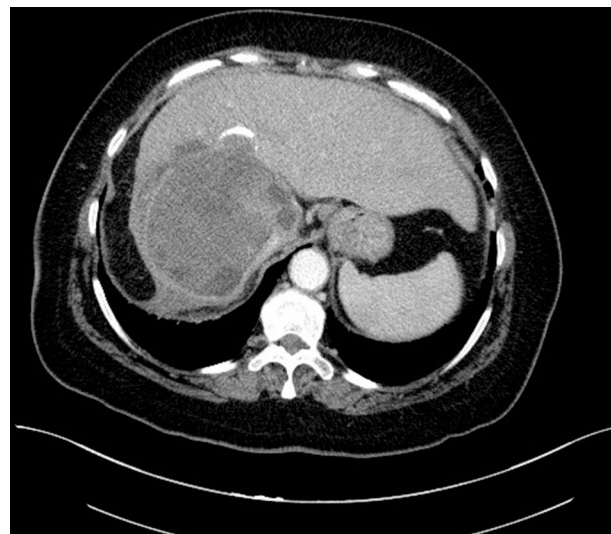


Figura 1 Tac abdominopélvico, corte axial: quiste hidatídico complicado en segmentos hepáticos VI, VII y VIII.



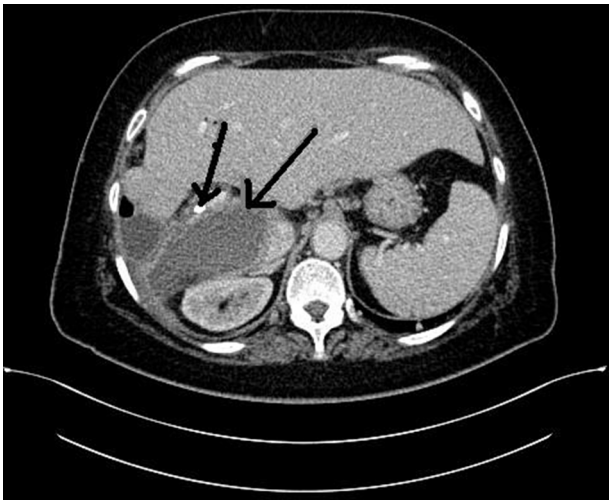
Figura 2 CPRE. Colangiograma. Fuga biliar en hepático derecho.

de sección); se colocó prótesis plástica de 10F de 12 cm de longitud, con extremo distal en duodeno (fig. 2).

La paciente evolucionó de forma favorable, completando pauta de tratamiento antiparasitario durante un mes. En el tac de control al mes y medio del alta se constata colección de pequeño tamaño adyacente a la prótesis (fig. 3), encontrándose la paciente asintomática y afebril, por lo que se decide actitud expectante.

#### Discusión

Entre las complicaciones de la hidatidosis hepática destaca la fistulización o la rotura hacia la cavidad peritoneal o



**Figura 3** Tac abdominopélvico, corte axial al mes y medio del alta: se constata colección adyacente a la prótesis.

pleural. Esto puede dar lugar tanto a la diseminación de la infección como a reacciones anafilácticas.

La clasificación de la OMS/IWGE<sup>3</sup> es la más utilizada y diferencia las lesiones encontradas en la ecografía abdominal, siendo muy útil para establecer el mejor tratamiento: CL (activo, lesión quística sin pared), CE1 (activo, lesión con pared y arenilla), CE2 (activo, lesión multivesiculada con vesículas hijas), CE3 (transicional, lesión unilocular con desprendimiento de la membrana laminar), CE4 (inactivo, lesión heterogénea sin vesículas hijas), CE5 (calcificación de la pared).

La indicación terapéutica depende además de la clasificación morfológica, de la localización hepática, su relación con grandes vasos y peligro de rotura.

Mencionar, asimismo, la dificultad de la correlación clínico-radiológica y el no paralelismo entre calcificación y quiste estéril, ya que la calcificación no se correlaciona con la actividad<sup>4</sup>.

El tratamiento se basa en cuatro pilares dependiendo de las características del quiste: cirugía, drenaje percutáneo, antiparasitarios o estrategia *esperar y ver* (seguimiento con ecografías periódicas)<sup>5</sup>.

El tratamiento quirúrgico es esencial ante: quistes grandes (CE2-CE3 con múltiples vesículas hijas), complicados (rotos, fistulizados, infectados...) o con riesgo de rotura. En todos los casos se asocia tratamiento con albendazol vía oral desde la semana previa a la cirugía hasta cuatro semanas después<sup>6</sup>.

Una opción es realizar extirpación completa o periquistectomía. La otra opción consiste en quistectomía parcial, esterilizándolo con salino hipertónico previo a su extracción. Es importante recordar que cuando el quiste hidatídico comunica con la vía biliar, la instilación de agentes corrosivos puede provocar una colangitis esclerosante de origen cáustico. Por ello, en quistes grandes, es aconsejable realizar una colangio-RMN preoperatoria o colangiografía intraoperatoria.

## Bibliografía

1. Armiñanzas C, Gutiérrez-Cuadra M, Fariñas MC. Hidatidosis: aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Esp Quimioter.* 2015;28:116–24.
2. Nunnari G, Pinzone MR, Grutadauria S, Celesia BM, Madeddu G, Malaguarnera G, et al. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. *World J Gastroenterol.* 2012;18:1448–58.
3. WHO Informal Group on Echinococcosis. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Trop.* 2003;85:253–61.
4. Conchedda M, Caddori A, Caredda A, Capra S. Degree of calcification and cyst activity in hepatic cystic echinococcosis in humans. *Acta Trop.* 2018:135–43.
5. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the WHO-IWGE, Expert Consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *Acta Trop.* 2010;114:1–16.
6. Arif SH, Shams-UI-Bari NA, Zargar SA, Wani MA, Tabassum R, Hussain Z, et al. Albendazole as an adjuvant to the standard surgical management of hydatid cyst liver. *Int J Surg.* 2008;6:448–51.

Janire Prieto Elordui<sup>a,\*</sup>, Juan Ignacio Heras Martín<sup>a</sup>, Pilar Gómez García<sup>b</sup>, Sonia Blanco Sampascual<sup>a</sup>, Pilar Cabezudo Gil<sup>a</sup>, Ines Erdozain Larrañaga<sup>a</sup>, Andrea Esain Urrecelqui<sup>a</sup>, Melania González de Miguel<sup>b</sup>, Inmaculada Cruz González<sup>b</sup> y Angel José Calderón García<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

<sup>b</sup> Unidad de Hepato-bilio-pancreática, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [janire.prietoelordui@osakidetza.net](mailto:janire.prietoelordui@osakidetza.net) (J. Prieto Elordui).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.015>  
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.